

平成27年10月吉日

関係各位

兵庫県プライマリ・ケア協議会
代表幹事 川島 龍一

平成27年度兵庫県プライマリ・ケア協議会研究集会（ご案内）

この度、兵庫県プライマリ・ケア協議会では、プライマリ・ケアに関わる保健・医療・福祉の多職種・団体が相互理解と連携を深め、県民の望む地域医療・ケアを提供することを目指し、標記研究集会を下記のとおり開催致しますので、多数ご参加くださるようご案内申し上げます。

記

1. 日 時：平成27年12月13日（日） 13：00～17：00
○ ポスターセッション 13：00～14：00
○ 研究集会 14：00～17：00
2. 会 場：兵庫県医師会館 2階大会議室
(神戸市中央区磯上通6-1-11 TEL078-231-4114)
3. 主 催：兵庫県プライマリ・ケア協議会
4. 後 援（予定）：
兵庫県、神戸市、兵庫県医師会、兵庫県歯科医師会、兵庫県薬剤師会、
兵庫県看護協会、兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会、兵庫県介護支援
専門員協会、兵庫県栄養士会、兵庫県理学療法士会、兵庫県作業療法士会、
兵庫県言語聴覚士会、兵庫県放射線技師会、兵庫県臨床検査技師会、
兵庫県歯科衛生士会、兵庫県臨床工学技士会、兵庫県社会福祉士会、
兵庫県介護福祉士会
5. 対 象：医師・歯科医師・薬剤師・看護師・ケアマネジャー
その他保健・医療・福祉関係者
6. 定 員：300名
7. 参加費：1,000円（当日徴収させていただきます）
8. 単位取得：日医生涯教育講座
(予定) 日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医研修講座
日本プライマリ・ケア連合学会認定薬剤師研修講座
兵庫県介護支援専門員協会単位認定
日本歯科衛生士会生涯研修単位
日歯生涯研修事業
日臨技生涯教育点数

9. プログラム：開催要領参照

10. 問合せ先：兵庫県プライマリ・ケア協議会事務局 西田

〒651-8555 神戸市中央区磯上通 6-1-11 (兵庫県医師会館内)

TEL 078-231-4114 FAX 078-231-8113

11. 事前申込要領

参加ご希望の方は別添申込書 (p 4 参照) または「兵庫県プライマリ・ケア協議会研究集会参加希望」と明記の上、下記申出事項をご記入の上 FAX (078-231-8113) にて12月7日(月)までにお申し込みください。

申出事項

(①氏名、②職種、③医療機関・施設名、④所属機関住所、⑤TEL、⑥FAX)

定員になり次第締め切らせていただきます。

お断りの場合のみご連絡致しますので、連絡の無い場合は当日会場にお越し下さい。

会場へは公共機関をご利用の上、お越しください。



兵庫県プライマリ・ケア
協議会事務局
(担当:西田)
〒651-8555
神戸市中央区磯上

* 交通機関

○JR三ノ宮駅、阪急・阪神・市営地下鉄三宮駅より徒歩約5分

○市営地下鉄海岸線三宮・花時計前駅より徒歩約3分

兵庫県プライマリ・ケア協議会研究集会
開 催 要 領

日 時：平成27年12月13日(日) 13:00～17:00

会 場：兵庫県医師会館 2階大会議室

受付各団体：兵庫県看護協会、兵庫県栄養士会、兵庫県理学療法士会 各1名

I：ポスターセッション：13:00～14:00（2階） 10団体

II：研究集会次第（14:00～17:00）

司会・進行：兵庫県臨床検査技師会会長 中町 祐司

テーマ＝在宅医療・介護連携の推進における多職種の取組み

1. 開 会

2. 挨拶：兵庫県医師会会長 川島 龍一

3. 幹事会報告：兵庫県歯科医師会 山川 達也

4. 基調講演：「兵庫県下における地域支援事業の進捗状況と兵庫県の取組み」
座長：兵庫県医師会理事 三浦 一樹
講師：兵庫県健康福祉部健康局高齢対策課長 小野 俊樹 氏

5. 報告テーマ：在宅医療・介護連携の推進における多職種の取組み
座長：兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会副会長 小田 美紀子

①「My お食事メモ」を活用した在宅での栄養ケア

諸岡 歩（兵庫県栄養士会）

②川西市歯科医師会の在宅歯科医療の取組みと歯科衛生士の役割

江角 紘子（兵庫県歯科衛生士会）

③事例から訪問介護における医療連携を考える

河野 美沙緒（兵庫県介護福祉士会）

④地域包括ケアにかかる社会福祉士会

山内 賢治（兵庫県社会福祉士会）

⑤県下における医療介護連携に係る課題と兵庫県在宅医療・介護支援センター事業

豊田 俊（兵庫県医師会）

6. シンポジウム

座長：兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会副会長 小田 美紀子

シンポジスト：基調講演および報告をされた演者

質疑・応答

7. 閉 会：兵庫県医師会副会長 西田 芳矢

兵庫県プライマリ・ケア協議会研究集会事前参加申込書

平成27年 月 日

	氏 名	職 種
代表者		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

☆所属施設住所

〒 _____

TEL _____ FAX _____

* 12月7日(月)までにお申し込み下さい。